# THÈSE 222

## POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Louis LESCA

Ex-Interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans
Licencié ès-sciences
né le 19 juin 1884 à Ondres (Landes)

---

# Des Amygdales Palatines infectées

## DE LA NÉCESSITÉ

## De leur Exérèse totale

---

*Président* : M. le Professeur RECLUS

---

PARIS
LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e^ Ar^t^). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

MARS 1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | ACHARD |
| Pathologie médicale | WIDAL<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | PIERRE MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | MARFAN |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>GILBERT<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | GILBERT BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | |
| Clinique chirurgicale | PIERRE DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | BAR<br>PINARD<br>RIBEMONT-DES-SAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | A. ROBIN |

## Agrégés en exercice

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| BALTHAZARD | DESGREZ | LECÈNE | OMBRÉDANNE |
| BERNARD | DUVAL PIERRE | LENORMANT | PROUST |
| BRANCA | GOUGEROT | LEQUEUX | RATHERY |
| BRINDEAU | GRÉGOIRE | LÉRI | RETTERER |
| BROCA ANDRÉ | GUÉNIOT | LŒPER | RICHAUD |
| BRUMPT | GUILLAIN | MACAIGNE | ROUSSY |
| CAMUS | JEANNIN | MAILLARD | ROUVIÈRE |
| CARNOT | JOUSSET ANDRÉ | MORESTIN | SCHWARTZ |
| CASTAIGNE | LABBÉ MARCEL | MULON | SICARD |
| CHEVASSU | LANGLOIS | NICLOUX | TERRIEN |
| CLAUDE | LAIGNEL-LAVASTINE | NOBÉCOURT | TIFFENEAU |
| COUVELAIRE | | OKYNCZYC | ZIMMERN |

*Par délibération en date du 9 décembre 1778, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Nous le remercions respectueusement d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre jury de thèse.*

# A Mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur LEGENDRE
Médecin de Lariboisière
(Novbre 1907-Mars 1908 — Novbre 1908-Mars-1909)

Monsieur le Docteur LEJARS
Chirurgien de Saint-Antoine
(Mars 1908-Juillet 1908)

Monsieur le Docteur PICQUÉ
Chirurgien de Lariboisière

Monsieur le Docteur BAUDET
Chirurgien des Hôpitaux
(Mars 1909-Août 1909)

Monsieur le Docteur BONNAIRE
Accoucheur de la Maternité
(Octobre 1909-Janvier 1910)

Nous ne voulons pas terminer nos études sans remercier les maitres qui guidèrent nos premiers pas. Ils nous témoignèrent tous un bienveillant intérêt. Nous devons en particulier beaucoup à M. le Docteur Legendre. Non seulement il nous donna les premières leçons de clinique, mais il nous apprit aussi à

aimer nos malades. Il nous montra que la science seule ne suffisait pas pour faire un médecin, mais qu'il fallait aussi beaucoup de patience et de douceur. Et, dans toute notre carrière, notre conscience nous répètera comme un écho l'enseignement qu'il nous donna.

## A MES MAITRES DE L'HOTEL-DIEU D'ORLÉANS

Monsieur le Docteur CŒUR

Monsieur le Docteur HALMA-GRAND

Monsieur le Docteur VACHER

Nos maîtres de l'Hôtel-Dieu furent les guides de notre enseignement pratique. Nous leur devons ce que nous avons d'initiative en chirurgie d'urgence et nos modestes connaissances en spécialités. Nous leur en sommes profondément reconnaissant.

# INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'internat, nous eûmes le plaisir d'être attaché au service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. M. le docteur Vacher nous fit l'accueil le plus bienveillant, non seulement à l'hôpital, mais encore à la clinique qu'il dirige en ville avec le docteur Maurice Denis. Auprès d'eux, nous prîmes vite goût à l'étude des maladies du nez et des oreilles. Mais les maladies du pharynx nous intéressèrent particulièrement et nous nous attachâmes surtout aux divers procédés d'ablation des amygdales. Chaque jour, M. le docteur Vacher nous fit voir les avantages qu'il y avait à enlever les *amygdales infectées*. Il s'attacha à nous montrer qu'il ne fallait pas seulement pratiquer leur ablation (comme le faisaient autrefois quelques chirurgiens timorés) quand elles étaient hypertrophiées au point de gêner la respiration et la déglutition ; mais qu'il fallait les enlever dès qu'elles étaient

*chroniquement infectées* et cela *quel que fût leur volume.* Il nous fit voir ensuite l'utilité d'une *excérèse totale.* Trop souvent, en effet, le moignon laissé est, lui aussi, infecté et l'on voit alors reparaître les troubles qui avaient déjà nécessité une première intervention. Nous vîmes comme il était facile de faire, avec l'anse froide, des ablations rapides et totales. En particulier la *technique de Vacher* nous séduisit et, après avoir essayé les divers procédés décrits, c'est à elle que nous nous ralliâmes. Nous l'exposerons dans notre thèse, qui n'est que l'écho de l'enseignement que nous avons reçu.

Nous remercions sincèrement M. le docteur Vacher qui nous donna ses précieux conseils dans la rédaction de cette étude et nous espérons, tout comme le souhaite le Dr Brœckaert, de Gand, « que son procédé si ingénieux, déjà vulgarisé en France, trouvera à l'étranger l'accueil qu'il mérite ».

## DIVISION DU SUJET

CHAPITRE I. — Anatomie des amygdales.

CHAPITRE II. — Physiologie des amygdales.

CHAPITRE III. — Des troubles qu'occasionnent les amygdales hypertrophiées ou infectées.

CHAPITRE IV. — 1) Utilité de l'ablation *totale* des amygdales infectées.
2) Indications opératoires.

CHAPITRE V. — Dangers et inconvénients de l'ablation des amygdales.

CHAPITRE VI. — 1) Etude des divers procédés d'ablation des amygdales.

2) L'anse froide et la tecnnique du docteur Vacher (d'Orléans)

OBSERVATIONS.

CONCLUSIONS.

CHAPITRE I

# ANATOMIE DES AMYGDALES

« Le chirurgien doit être premièrement lettré d'anatomie, car sans icelle il n'y a point de fait en chirurgie. » Nous en sommes parfaitement convaincu, aussi, consacrerons-nous un chapitre à l'anatomie de l'amygdale.

**Loge amygdalienne.** — L'amygdale palatine est située dans la loge amygdalienne. Celle-ci a une forme triangulaire à sommet supérieur.

*La paroi antérieure* est formée par le pilier antérieur qui renferme dans son épaisseur le muscle glosso-staphylin. La muqueuse buccale recouvre ce pilier et parfois se prolonge, en arrière et en bas de lui, en un repli triangulaire, à sommet supérieur (*plica triangularis de His*), qui recouvre une partie plus ou moins grande de l'amygdale.

*La paroi postérieure* est formée par le pilier postérieur qui ne fait que continuer le bord libre du voile du palais. Il se détache de la base de la luette et se porte obliquement en bas, en dehors et en arrière pour venir se terminer sur les côtés du pharynx. Il renferme le muscle pharyngo-staphylin.

*La paroi externe*, ou fond de la loge amygdalienne, est formée par les différents plans qui constituent la paroi latérale du pharynx. Ces plans, au nombre de trois, sont : le muscle amygdalo-glosse, qui manque parfois, l'aponévrose pharyngienne et en dehors, le constricteur supérieur du pharynx.

Le *sommet* de la loge est formé par l'angle des deux piliers.

Quant à la *base*, elle se confond avec la gouttière glosso-pharyngienne.

**Structure et forme de l'amygdale.** — L'amygdale présente à sa surface des orifices conduisant dans des cavités anfractueuses appelées *cryptes amygdaliennes*. Dans ces dernières s'ouvrent des glandes acineuses. Aussi, pour peu que ces cryptes se vident mal, nous avons là des réservoirs de sécrétions, qui peuvent devenir de *véritables foyers de bactéries* ou encore l'origine d'agglomérations caséuses causant une *amygdalite cryptique ou lacunaire*. Il peut aussi se former de vrais calculs.

Suivant la forme de l'amygdale on peut distinguer,

avec Escat, quatre types dont les noms sont suffisamment significatifs :

1° L'amyglade pédiculée ;
2° — procidente ;
3° — enchâtonnée ;
4° — utriculée ou intravélique.

La face interne de l'amygdale est tapissée par la muqueuse pharyngienne.

Sa face externe, encore appelée *hile*, s'applique directement sur l'aponévrose pharyngienne. Elle en est séparée seulement par une mince couche cellulaire, que traversent les vaisseaux et les nerfs destinés à la glande. C'est dans cette couche que se développent les *abcès* ou *phlegmons périamygdaliens*.

**Recessus palatin.** — Le pôle supérieur de l'amygdale ne remonte pas jusqu'au sommet de la loge ; il en est séparé par la *fossette amygdalienne*, décrite en premier lieu par Sappey et que Vacher appelle *coupole amygdalienne*. Un stylet recourbé, introduit dans cette coupole, s'engage plus ou moins profondément, suivant les sujets, dans un *récessus*, le *récessus palatin*, simple fossette parfois, d'autres fois, véritable *cavité utriculaire*. Quelquefois même, quand son orifice est plus ou moins rétréci, ce récessus s'insinue dans l'épaisseur du voile. Il constitue presque toujours un renflement dans lequel s'ouvrent de nombreuses cryptes. Il est fréquemment un foyer de rétention purulente dans les phlegmons péry-

amygdaliens et l'on comprend facilement l'efficacité du traitement de Killian pour l'ouverture de ces abcès. Il suffit d'introduire dans la fossette une pince hémostatique fermée et d'ouvrir les mors en la retirant.

Enfin, chez beaucoup de sujets qui semblent n'avoir pas d'amygdales, le récessus palatin très profond est tapissé de tissu amygdalien et constitue une forme *utriculée* de l'amygdale.

**Rapports de l'amygdale.** — Il est intéressant de connaître les rapports qu'affectent l'amygdale avec les gros vaisseaux du cou. Certains auteurs ont prétendu qu'elle était en rapport, par l'intermédiaire de l'espace maxillo-pharyngien, avec la carotide interne et la jugulaire. Il n'en est rien. Ces vaisseaux sont situés en dehors et en arrière de l'amygdale : une intervalle qui est de 17$^{mm}$ pour Rieffel, qui varie de 20 à 25$^{mm}$ pour Testut, les sépare ordinairement.

Le tiers postérieur de l'amygdale répond, d'avant en arrière, au stylo-glosse et au stylo-hyoïdien et, dans l'intervalle qui sépare ces deux muscles, à la carotide externe et à la faciale. Celle-ci décrit avant de disparaître sous le stylo-glosse une courbe dont le sommet vient souvent se mettre en contact avec l'angle postéro-inférieur de la loge amygdalienne.

**Vaisseaux de l'amygdale.** — Les artères, le plus souvent multiples, proviennent selon

les cas de la linguale, de la pharyngienne inférieure et des deux palatines supérieure et inférieure.

*Lymphatiques.* — Poirier et, après lui, Georges B. Wood ont montré que les lymphatiques de l'amygdale s'anastomosent avec tout le réseau pharyngien tributaire des ganglions profonds du cou. Les lymphatiques propres à l'amygdale perforent la tunique musculaire du pharynx un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde et se terminent dans les ganglions placés sur la jugulaire interne, juste au-dessous du ventre postérieur du digastrique, à l'endroit où ce muscle est croisé par le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien. Ce point est situé un peu au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire.

**Nerfs de l'amygdale.** — Le plexus nerveux tonsillaire résulte de l'enchevêtrement de filets nerveux provenant du lingual, du spinal, du glasso-pharyngien et du pneumo-gastrique. Cela nous expliquera la variété des troubles réflexes que l'on observe quand les amygdales sont infectées.

CHAPITRE II

## PHYSIOLOGIE DES AMYGDALES

L'on entend souvent dire, par des médecins abstentionnistes, qu'on ne doit pas enlever les amygdales parce qu'elles jouent un rôle utile à l'organisme. Si elles sont ainsi placées en sentinelles à l'entrée du pharynx, c'est, disent-ils, évidemment pour quelque chose. En réalité, ce quelque chose n'a pas encore été bien précisé.

Certains auteurs ont pensé que les amygdales étaient des *glandes à sécrétion externe*. Nous savons, en effet, qu'elles présentent des glandes acineuses se déversant dans le crypte. Aussi Tourtal disait que, par leur sécrétion, elles facilitaient le frottement de la face postérieure du voile du palais contre la paroi postérieure du pharynx !

Rosbach attribue aux amygdales la sécrétion d'une zymase douée d'un pouvoir saccharificateur.

Chantemesse (1898), a montré que les globules blancs sécrétent des oxydases et des ferments très divers, rendant les amydales susceptibles d'agirdans la transformation des matières amylacées.

D'autres parlent de *sécrétion interne*. Allen fait de de judicieuses remarques : les amygdales, peu développées à la naissance, grossissent au contraire au moment même où le thymus commence à régresser. Il est donc naturel de penser qu'elles continuent le rôle de ce dernier.

Pour étayer sa théorie, Allen trouve que certaines ésions des amygdales s'accompagnent de troubles analogues à ceux du myxœdème et de l'acromégalie. Malheureusement, dans ces cas, il s'agissait de l'atrophie de tout l'appareil lymphatique.

Cependant, Escat attache une certaine valeur à la théorie d'Allen, quant à l'hypothèse d'une fonction amygdalienne commençant et finissant avec la croissance du squelette. Le fait que les amygdales s'atrophient normalement, dès que la croissance est terminée, justifie jusqu'à un certain point cette hypothèse. Les recherches faites par Lechtwitz et Sabrazès sur les modifications de la formule hématologique, constatées avant et après l'ablation chirurgicale des végétations adénoïdes, semblent justifier l'hypothèse d'un état dystrophique lié à l'altération de la sécrétion interne de l'anneau de Waldeyer.

Mais Capart fait remarquer que non seulement les amygdales palatines et pharyngées s'atrophient normalement à un certain âge, mais qu'il en est de même pour les tissus lymphatiques du tube digestif et de l'organisme en général. Aussi c'est par une erreur manifeste que les anatomistes décrivent chez l'adulte une amygdale palatine avec des dimensions appréciables. C'est à la suite d'infections répétées que cet organe perd la faculté de se résorber à un certain moment.

Masini, toujours pour démontrer la sécrétion interne de l'amygdale, en injecte des extraits glycérinés aux animaux de laboratoire et croit noter une hypertension vasculaire.

Mais Scheier arrive à des résultats tout contraires. Pugnat et Alt ne notent aucune modification de la circulation.

Nous voyons donc que le rôle de glande à sécrétion interne de l'amygdale est bien loin d'être prouvé.

En revanche, Retterer a démontré, d'une façon définitive la *néoformation de leucocytes* dans les amygdales. On n'est pas fixé sur le rôle ultérieur de ces derniers, mais il était tout naturel de songer qu'ils devaient servir à la défense de l'organisme.

Gœrke s'est justement fait le champion du rôle de défense, reprenant en somme les idées de son maître Brieger.

Mais d'autres auteurs, non seulement n'admettent pas ce rôle de défense, mais disent qu'au contraire

l'amygdale est un lieu de moindre résistance, parce qu'elle est devenue inutile au cours du développement phylogénique de l'espèce humaine et Flak s'exprime ainsi :

« Au cours de leur développement, les amygdales eurent une fonction bien déterminée, mais plus tard elles ne représentent plus que le *vestige embryonnaire* de l'ancien organe, comparable à l'*appendice*, lequel est aussi le rudiment manifeste d'un organe et qui maintenant, se trouvant sans fonctions dans l'économie, présente plutôt un danger pour l'organisme. »

Gulland et Romane pensent, eux, que les leucocytes des amygdales concourent à la phagocytose des agents infectieux de la cavité buccale. Cependant Metschnikoff a établi que c'étaient des lymphocytes qui migraient à travers la surface de l'amygdale, or les lymphocytes ne sont pas phagocytes.

Brieger explique alors le rôle de défense par l'irrigation lymphatique qui se produit des amygdales vers la cavité buccale. Cette lymphe, acquerrant à son passage, des propriétés bactéricides. Mais Laxer badigeonne les amygdales de cultures pures de staphylocoques et de pneumoques, et voit l'animal mourir d'infection généralisée. A l'autopsie on trouve dans la profondeur du tissu amygdalien des staphylocoques et des pneumocoques.

Poli (de Gènes) défend la *théorie de l'élimination des microbes par l'amygdale*, soutenu par son

adjoint Frederici. Celui-ci fait des préparations microscopiques de l'amygdale d'un chien auquel il a injecté dans la plèvre une culture de bacilles de Koch. Il constate la présence de bacilles dans les coupes amygdaliennes.

Ces expériences là ne nous paraissent nullement démonstratives.

Goerke trouve encore un appui à sa théorie de défense dans le fait que les amygdales sont surtout développées dans l'enfance : « A l'âge où les maladies infectieuses sont le plus fréquentes, l'anneau lymphatique de Waldeyer, présente son maximum de développement, ce qui prouve bien que cet organe acquiert une augmentation d'activité à cette époque et plus tard il subit une régression lorsque l'individu est immunisé contre les infections de l'enfance. »

Frænkel a observé que les enfants, dont l'appareil lymphatique pharyngé est hypertrophié, sont beaucoup plus rarement atteints de diphtérie que ceux dont l'appareil est normal.

Comme on le voit, les fonctions de l'amygdale ont été bien peu précisées. On peut cependant dire qu'elles ne jouent aucun rôle dans la déglutition et la digestion, leur sécrétion interne est fort peu probable. Mais ce sont des organes lymphoïdes et à ce titre, elles concourent à la défense de l'organisme. Elles ne lui sont cependant pas indispensables, car on n'a jamais noté à la suite d'une ablation complète des amygdales palatines un amoindrissement quelconque

ou physique ou intellectuel du sujet. Par conséquent, les objections à l'exérèse des amygdales, tirées de leur physiologie, n'ont pas de raison d'être.

Nous allons voir au chapitre suivant que les troubles qu'occasionnent les tonsilles infectées, justifient au contraire une ablation rapide et totale.

CHAPITRE III

# DES TROUBLES QU'OCCASIONNENT LES AMYGDALES HYPERTROPHIÉES OU INFECTÉES

Les citadelles, placées à l'entrée du pharynx pour le défendre contre les germes nuisibles, ne sont malheureusement pas inexpugnables ; fréquemment elles se laissent prendre d'assaut et deviennent alors le camp retranché où l'*infection installe ses quartiers d'hiver*, menaçant continuellement l'organisme et le harcelant sans cesse. Nous allons passer en revue ces attaques nombreuses et variées, mais nous dirons tout d'abord un mot des troubles qu'occasionnent de grosses amygdales.

## A. — Troubles mécaniques causés par de grosses amygdales

Les amygdales hypertrophiées occasionnent très souvent des troubles du côté des appareils auditif, digestif et respiratoire.

1° **Troubles auditifs.** - Comme le fait remarquer Vacher, les amygdales volumineuses arrivent à comprimer les pavillons des trompes d'Eustache ; en soulevant le voile du palais elles gênent la circulation sanguine et lymphatique de l'anneau de Waldeyer. De là un engorgement ganglionnaire qui contribue à diminuer grandement l'espace libre respiratoire du pharynx supérieur.

Cette diminution s'accentue progressivement dans la position couchée ce qui fait que les individus malades commencent à s'endormir la bouche fermée mais ils sont très vite obligés de l'ouvrir à cause de leur insuffisance nasale qui s'accentue dans cette position.

D'autre part, la compression de la trompe d'Eustache amène fréquemment du catarrhe tubaire, parfois même de l'otite suppurée.

2° **Troubles de la déglutition.** — La déglutition peut se faire normalement même si l'augmentation de volume de l'amygdale est considérable. Parfois, cependant, il faut que le malade

mange lentement, sous peine de voir ses aliments refluer par le nez. Chez quelques malades, le réflexe nauséeux est causé par la moindre excitation : Les enfants ont des vomiturítions dès qu'ils toussent ou avalent de travers, d'autres ont des efforts de vomissement lorsqu'ils ouvrent fortement la bouche.

3° **Troubles de la respiration.** — Nous avons déjà signalé l'insuffisance nasale fréquente chez les porteurs de grosses amygdales. La respiration est gênée et le thorax se développe mal.

La voix offre un timbre sourd, nasonné, l'articulation est défectueuse ; on dirait que le malade parle avec de la bouillie dans la bouche.

Parfois, chez l'adulte, la voix peut être normale, mais si le malade élève la voix ou parle longtemps, il s'enroue, sans qu'il existe cependant de lésions laryngées appréciables. Le mécanisme de ce trouble est le suivant : A l'état normal, le faisceau thyroïdien du muscle pharyngo-staphylin inclus dans le pilier postérieur contribue à tendre la corde vocale correspondante en attirant le cartilage thyroïde en haut et en le faisant basculer en avant. Donc, la clarté de la voix dépend en partie de la mobilité des piliers postérieurs. Or, si le faisceau thyro-staphylin est gêné dans ses contractions, le mouvement d'élévation du thyroïde ne peut se produire et la tension des cordes reste incomplète.

## B. — Troubles réflexes occasionnés par l'infection des amygdales.

Les troubles réflexes s'expliquent très bien par l'excitation des filets nerveux de l'amygdale. Le plexus tonsillaire résulte de l'enchevêtrement des bandes nerveuses provenant du lingual, du spiral, du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique. La richesse de cette innervation nous rend compte de la variété des troubles observés.

Nous signalerons en premier lieu la *toux amygdalienne*. Cette toux se caractérise chez l'enfant par des accès vespéraux ou nocturnes, plus rarement matinaux, revenant avec une certaine régularité. Chez l'adulte elle consiste, non plus en quintes, mais en secousses isolées, survenant quotidiennement, à heures fixes ou se produisant pendant tout le jour, sauf au moment des repas.

Pour la faire apparaître, il suffira, dans certains cas, de toucher l'amygdale avec un stylet. Si, au contraire on a soin de cocaïniser auparavant la région, la toux ne se produit plus. Escat indique encore un moyen de distinguer la toux pharyngienne de la toux laryngienne : la première n'est jamais provoquée par une pression sur le larynx alors que la seconde l'estoujours.

*Le spasme de la glotte* peut être lié à l'hypertrophie des amygdales. Boulay en cite plusieurs exemples,

Berest a relaté dans sa thèse sur les troubles nerveux chez les amygdaliens, un cas des plus probants.

Quelques observations semblent indiquer que l'*asthsme* peut apparaître consécutivement à l'hypertrophie des amygdales et disparaître après l'amygdalectomie. Déjà, en 1877, A. Schmidt publiait un certain nombre d'observations de ce genre. Portes et Rendu en ont publié d'autres depuis.

Les amygdaliens peuvent présenter parfois des troubles digestifs réflexes, tels que le *spasme œsophagien.* (Senz. Thèse de Paris 1893).

Enfin, Boulay cite un cas remarquable où des *crises épiliptiformes* disparurent à la suite de l'ablation d'amygdales hypertrophiées. Eryntz a vu de même rétrocéder une *chorée* accompagnée de fourmillements des doigts, chez une fillette de onze ans.

### C. — Troubles locaux dûs à l'infection de l'amygdale ou de sa loge.

Il serait banal de retracer le tableau si connu des amygdalites ou des angines. Mais ce qu'il faut dépister c'est l'infection larvée des amygdales. Dandois décrit ainsi les lésions qui mettent sur la voie :

« La coloration des piliers et du voile apparait d'un rouge vif carminé, plus souvent d'une teinte violacée, les détails anatomiques sont voilés et la luette allongée, grosse, gorgée de sucs, œdématiée, avec

son extrémité renflée en massue, donne la mesure des transformations apportées par le travail latent, mystérieux des microbes pathogènes installés en permanence au fond des cryptes des amygdales ou dans le cavum. »

Voici un procédé simple pour reconnaître qu'une amygdale est choniquement infectée : On appuie avec le manche d'un instrument sur la partie externe de la loge amygdalienne et l'on masse l'amygdale de dehors en dedans, de bas en haut ; *on voit alors le pus sourdre des cryptes comme des gouttes de colostrum au bout du mamelon.*

Si l'amygdale, même très volumineuse, est pédiculée, libre dans le pharynx, ses inflammations évoluent, la plupart du temps, sans complications de voisinage.

Si, au contraire, même de volume moyen, elle est enchâtonnée, si son pôle supérieur a contracté des adhérences avec la fossette sus-amygdalienne, que nous avons décrite au premier chapitre, si en un mot on a affaire à des amygdales utriculées, nous aurons à redouter de graves complications. Dans ces recessus stagnent des produits septiques plus ou moins virulents, à la moindre irritation, au moindre changement de température nous avons des *amygdalites à répétition*, de la *pharyngite granuleuse*, de la *pharyngo-trachéite* avec parfois des *complications otiques*. De plus, dans ces cas, le gonflement de la glande s'accompagne d'un véritable étranglement,

avec raideur de la nuque, trismus, etc... Les produits caséeux, plus ou moins concrets ne peuvent s'évacuer par la fossette supra-tonsillaire, car celle-ci adhère à l'amygdale, ils cherchent alors une issue dans le tissu voisin et produisent rapidement l'*angine phlegmoneuse* et *la périamygdalite phlegmoneuse.*

De par la disposition même de ses cryptes, où peuvent s'accumuler des produits septiques, l'amygdale est souvent le siège d'une inflammation chronique désignée sous le nom d'*amygdalite cryptique ou lacunaire.*

## D. — **Troubles infectieux généraux à point de départ amygdalien**

L'on voit souvent l'*adénite chronique* succéder à une amygdalite simplement catarrhale. Mais quelquefois l'affection envahit, non seulement les ganglions du cou, mais aussi ceux des autres régions, tendant même à se généraliser. Il semble que l'on ait affaire à une entité morbide et l'on parle de *fièvre ganglionnaire*, en réalité c'est l'amygdale qui est coupable.

A la suite d'amygdalites infectieuses, les ganglions du cou, notamment les ganglions sous-angulo-maxillaires et les ganglions supérieurs de la chaine jugulaire interne deviennent le siège d'inflammations.

L'*adeno-phlegmon* est constitué. Au début c'est la gaine conjonctive périganglionnaire qui est atteinte et s'abcède, plus tard le ganglion entre à son tour en suppuration et finit par s'ouvrir.

Parmi les troubles infectieux à point de départ amygdalien, on a encore signalé des *inflammations* exsudatives ou non, des *synoviales*, de *l'endocarde*, du *péricarde*, de la *plèvre*, du *péritoine*, etc...

Busquet signale dix-sept cas d'*angine aiguë*, suivie à longue échéance de *cardiopathie*.

Mais il est un organe fréquemment lésé au cours des amygdalites à répétition : c'est le REIN. La *néphrite infectieuse* se présente souvent sous une forme lente et continue à évoluer longtemps après la disparition des phénomènes aigus. Il est fort probable que beaucoup de néphrites dites primitives reconnaissent pour cause une amygdalite passée inaperçue.

On connaît également des cas d'*atrophie jaune aiguë du foie*, de *péritonite*, d'*appendicite* (Delie, De Biehler), d'*entérite dysentériforme*, survenus à à la suite d'amygdalites. Cela s'explique très bien : La déglutition du muco-pus, qui provient des amygdales infectées, entretient l'entérocolite et peut provoquer l'appendicite avec toute ses complications.

### E. — Troubles cutanés d'origine amygdalienne

L'inflammation des amygdales s'accompagne parfois d'éruptions cutanées d'aspects très divers. Tantôt très discrètes et fugaces, tantôt plus tenaces elles débutent par des tâches rouges isolées, nettement délimitées, mais devenant plustard confluentes. Le diagnostic différentiel avec la scarlatine est très difficile. Toutefois l'absence de desquamation vient ultérieurement montrer qu'il ne s'agit pas de scarlatine. Ces éruptions s'observent souvent à la suite d'une intervention. Il est logique de penser que l'opération a alors ouvert une porte d'entrée à l'infection.

Le Docteur Packard cite quarante cas de manifestations cutanées observées au cours d'angines, l'érythème noueux a été observé vingt-neuf fois, le purpura quatre fois, l'érythème polymorphe dans deux cas.

### F. — Les amygdales servent de porte d'entrée à plusieurs maladies infectieuses

Il est actuellement admis par tout le monde que le *rhumatisme articulaire aigu*, commence par une angine. Il est fréquent, d'ailleurs, de noter des douleurs articulaires au cours d'une amygdalite. *Elliot cite plusieurs cas de rhumatisme fébrile coïncidant avec une amygdalite et que l'amygdalectomie seule*

*suffit à guérir*. Il est fort probable qu'il n'y a pas de microbe spécifique du rhumatisme articulaire aigu et l'opinion de Charrier rallie aujourd'hui le plus d'adeptes. Les microbes divers de cette affection envahissent donc l'organisme par l'amygdale.

Il se pourrait aussi que les *maladies infectieuses de l'enfance* aient leur point de départ dans les amygdales.

Escat a remarqué que les angines qui accompagnent les maladies infectieuses de l'enfance ont souvent le triste apanage de servir de porte d'entrée aux infections secondaires les plus variées et en particulier aux *infections pyogènes streptococciques*.

Le microbe de l'*influenza* trouve une voie facile de pénétration, quand il existe des amygdales malades. Nous l'avons plusieurs fois vérifié au cours de l'épidémie de grippe de cette année. En particulier un de nos camarades d'internat d'Orléans fut frappé dès le début et présenta une forme sérieuse avec albuminurie. Or il présentait depuis déjà longtemps de grosses amygdales.

On a noté encore des *septicémies* et des *pyohémies* à la suite d'amygdalites graves.

Certains auteurs ont même pensé à l'origine amygdalienne de certaines *anémies*. Celles-ci, suivant la théorie de Welsh, peuvent être liées à la production d'hémolysines qui se forment dans les cryptes infectées des amygdales.

Enfin on a vu parfois les *oreillons* débuter par une

angine. Ainsi Catrain a signalé chez l'adulte une angine précédant la tuméfaction parotidienne, angine érythémateuse ou pultacée sans gravité. Chez l'enfant, cette angine est plus rare. Cependant dans une thèse de Montpellier, M. R. Sassy a réuni plusieurs cas dans lesquels l'angine a acquis une intensité particulière et a constitué le symptôme dominant de la maladie. On peut donc penser que dans certains cas l'infection de la parotide est secondaire à celle de l'amygdale.

### G) Les amygdales et la tuberculose

L'amygdale joue un rôle très important chez l'enfant comme porte d'entrée de la tuberculose.

Dieulafoy avait réussi à rendre des cobaies tuberculeux en leur inoculant dans le péritoine des fragments d'amygdale. Cependant cette expérience n'était pas probante. Comme l'ont fait remarquer Lermoyez et Escat, la présence fréquente du bacille de Koch dans les cryptes amygdaliennes expliquait cette expérience. Lermoyez disait qu'il s'agissait d'amygdales *bacillifères* et non *bacillaires*.

Mais peu à peu la preuve a été fournie de la tuberculose des amygdales.

Quelquefois le bacille ne fait que traverser l'amygdale sans y laisser de lésions (expériences de Wood), tout comme il traverse l'intestin sans y laisser de

traces (Calmette et Guérin). Le plus souvent cependant il occasionne des lésions. De là le bacille se rend dans les ganglions du cou et Georges B. Wood admet même que la propagation peut se faire par les lymphatiques jusqu'au poumon.

Déjà en 1884, Strassmann avait trouvé des amygdales ulcérées et bourrées de tubercules chez des phtisiques arrivés à la période ultime de leur affection.

Mais ces lésions là n'ont rien d'intéressant, Dmochowski, Orth, Schlenker en rapportent de semblables, toujours chez des tuberculeux avérés. Ce qu'il importe de connaître : c'est la tuberculose latente des amygdales chez les enfants porteurs de gros ganglions.

Voici les caractères décrits par Lee Mac Hurd et Jonathan Wright d'après Lance :

« Chez des enfants chétifs, anémiques, languissants, avec des ganglions de la chaîne sous-sterno-cleido-mastoïdienne volumineux et durs, sujets à des amygdalites chroniques, avec quelquefois des poussées aigües, on trouve des *amygdales pâles, paraissant petites, enchâtonnées* entre les piliers, souvent remplissant toute la loge vers le haut et s'avançant profondément vers le voile ; leurs cryptes sont remplies de matière caséeuse que fait sourdre la pression du bout de l'abaisse-langue ; le bord du pilier antérieur est rouge, congestionné. »

En général les grosses amygdales pédiculées ne sont pas tuberculeuses. J. Wright a examiné soixante fragments de grosses amygdales enlevées par l'amyg-

dalotomie sans trouver un seul cas de tuberculose. Hodenpyl est arrivé au même résultat. P. Nobécourt et Tixier chez 21 enfants porteurs de grosses amygdales n'ont obtenu aucune preuve de tuberculose par l'inoculation au cobaie et les examens histologiques. *Ils concluent que les grosses amygdales sont rarement tuberculeuses. Au contraire, dans les petites amygdales enchâtonnées et chroniquement enflammées on peut trouver des lésions tuberculeuses.*

Voici les résultats donnés par Hurd et Wright, d'après Lance :

Examen de 13 cas dans lesquels les amygdales étaient cliniquement considérées comme chroniquement enflammées et non tuberculeuses :

2 fois : rien.

10 fois : inflammation chronique.

1 fois : tuberculose typique.

Examen de 11 cas où les amygdales étaient considérées cliniquement comme tuberculeuses (en particulier avec de volumineuses adénites tuberculeuses du cou, dont quelques-unes opérées) :

8 fois : lésions tuberculeuses.

1 fois : lésions non tuberculeuses.

2 fois : tuberculose douteuse.

L'examen des coupes montre non pas des bacilles, mais des tubercules avec des cellules géantes typiques. Les lésions existent surtout au fond des cryptes, à la base de l'amygdale ; donc il faut faire une *ablation totale* de l'organe, sans cela, l'opération est

parfaitement inutile. Lorsqu'on n'intervient pas, le bacille demeure ainsi dans les cryptes et si la glande est enflammée, si la vitalité de sa muqueuse est amoindrie, la porte est ouverte et le bacille peut pénétrer dans le parenchyme même de l'amygdale, s'y localiser, ou bien emporté par le torrent lymphatique, gagner les ganglions du cou qui grossissent. C'est ainsi que s'expliquent beaucoup *d'adénites cervicales chroniques* de l'enfance.

Nous citerons à ce point de vue le cas de Tetrop paru dans la *Presse oto-rhino-laryngologique belge* de 1904.

Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans qui ne présentait aucune lésion manifeste de tuberculose, mais qu'on pouvait cependant ranger dans la région des prétuberculeux. Après une *amygdalite relativement peu intense*, les ganglions du cou grossirent peu à peu, menaçant de s'abcéder. La chaine ganglionnaire fut enlevée et, à l'examen microscopique, on trouva des signes très nets de tuberculose. L'inoculation aux cobaies fut positive.

*Par conséquent, il est maintenant prouvé que les amygdales peuvent être la porte d'entrée de la tuberculose et que beaucoup d'adénites bacillaires sont occasionnées par elles.*

## CHAPITRE IV

### 1. Utilité de l'ablation totale des amygdales infectées.

Nous venons de voir les dangers que faisaient courir à l'organisme des amygdales infectées. Il est donc logique de songer à enlever celles-ci. Nous n'irons cependant pas aussi loin que certains chirurgiens américains, qui proposent leur excérèse *systématique*. De ce qu'un organe peut devenir malade, il ne s'ensuit pas qu'il faille l'enlever. Cet théorie-là nous mènerait trop loin. Mais lorsque les amygdales sont infectées, à quoi bon conserver cette culture de microbes, dont la virulence peut s'exalter d'un moment à l'autre et, provoquer les troubles variés déjà signalés. Les indications opératoires ne sont plus tirées, comme autrefois, du volume de l'organe, mais de son degré d'infection. Et alors, comme tout s'enchaine, si l'on touche à un organe infecté, l'on doit l'enlever *entièrement*. Le

traumatisme de l'opération ne ferait qu'exalter la virulence des microorganismes demeurés dans les cryptes et l'on assisterait à une poussée d'amygdalite avec toutes les complications possibles. La plupart des chirurgiens sont d'accord là-dessus. Labouré (d'Amiens) écrit : « On a vu fréquemment la repullulation des débris amygdaliens après une intervention incomplète ; aussi l'exérèse *doit être totale* ». C'est encore ce que dit Brocckaert, dans son rapport si documenté à la société belge d'otologie, de l'aryngologie et de rhinologie : « Il faut mettre en principe que toute *amygdale infectante doit être supprimée radicalement.* » Et plus loin : « Si l'on veut retirer tout le bénéfice que l'on est en droit d'attendre de l'intervention, il ne faut pas laisser de tissu infecté : l'organe doit être *enlevé en totalité*. Mais déjà Vacher avait dit au congrès d'oto-rhino-laryngologie de 1904 : « J'ai souvent remarqué que les foyers d'infection sont si profondément situés qu'on les trouve jusqu'aux limites de l'amygdale et même entre l'amygdale et la paroi externe de la loge, où ils demeurent à l'état latent, se réchauffant pour la moindre cause, donnant lieu à une suite ininterrompue d'amygdalites à répétition qui ne cessent qu'après l'ablation TOTALE de la glande... J'ai observé plusieurs fois des malades à qui l'on avait *enlevé incomplètement* les amygdales, qui se plaignaient du *retour fréquent de leurs maux de gorge*, de douleurs d'oreille, de surdité intermittente. C'est à la suite de

ces constatations que j'en suis arrivé à enlever *totalement* les amygdales malades *quel que soit leur volume* et à refaire des opérations qui avaient été pratiquées incomplètement, soit par d'autres, soit par moi. »

Il semble peut-être superflu d'insister de la sorte sur une exérèse totale. Cependant certains auteurs ont autrefois proposé de laisser un moignon. Ils avaient sans doute été effrayés en relisant les cas de cachexies publiés à la suite d'une thyroïdectomie totale. C'est dans la crainte d'accidents consécutifs, qu'ils avaient jugé bon de garder un moignon pour sauvegarder la sécrétion interne de la glande. Mais nous avons vu combien cette fonction était problématique. En tout cas, l'exérèse totale n'a jamais été suivie de troubles généraux quelque peu persistants.

*Donc la suppression des amygdales du fait de leur volume n'a que des indications restreintes. En revanche il faut enlever* TOTALEMENT, *quel que soit leur volume, les amygdales infectées.* Il faut faire un évidement complet de la loge amygdalienne, comme l'on fait un curettage complet de l'utérus lorsqu'il contient des débris septiques.

## 2. Indications opératoires

Nous savons maintenant qu'il faut enlever totalement les tonsilles infectées, mais quand intervien-

drons-nous ? Nous allons le préciser d'après Lance.

Chez les jeunes enfants on enlèvera les amygdales :

1° Quand par leur *volume elles gênent la déglutition, la respiration et la phonation.* Dans ces cas, nous l'avons vu, il y a insuffisance nasale, le thorax se développe mal, le naso-pharynx s'infecte, ainsi que la trompe d'Eustache. On interviendra de bonne heure, afin de favoriser le développement de la cavité thoracique qui, si l'on opère trop tard, pourrait demeurer amoindrie.

2° Quand elles sont *enchâtonnées et s'accompagnent d'adénites bacillaires du cou.* Nous avons dit que leurs cryptes contenaient alors des bacilles de Koch et que le sommet du poumon était continuellement menacé, soit par la voie sanguine, soit par la voie lymphatique comme le veut Georges B. Wood.

3° Quand *elles suppurent chez les enfants entéro-colitiques*, parce que précisément le mucro-pus dégluti entretient ces entéro-colites.

4° Quand elles sont *chroniquement enflammées* occasionnant des accès de fièvre.

Chez les enfants plus âgés et l'adulte. On enlèvera :

1° Les amygdales *chroniquement enflammées* chez *les rhumatisants*. La plupart du temps, les douleurs articulaires cessent après leur ablation.

2° Enfin et surtout les amygdales qui sont le siège de *poussées inflammatoires fréquentes* (amygdalites à répétition, amygdalite cryptique, abcès amygdaliens et périamygdaliens revenant souvent).

CHAPITRE V

## DANGERS ET INCONVÉNIENTS DE L'ABLATION DES AMYGDALES

a) **Hémorragies.** — Ce n'est pas la crainte d'enlever un organe utile qui retient souvent la main du praticien. Ce qu'il redoute ce sont les hémorragies. On doit bien savoir qu'*aucun mode d'exérèse* ne donne contre elles une *garantie absolue*.

D'après une statistique de Nettebrok (Thèse de Kiel 1907) il y aurait dans la littérature médicale 150 cas d'hémorragies graves et 7 cas de mort à la suite de l'ablation des tonsilles. Il est à remarquer que ces accidents sont survenus chez des malades âgés de plus de 15 ans, alors que chez les enfants les hémorragies ont été sans importance. Presque tous les cas graves sont arrivés à la suite d'opérations avec des instruments tranchants : bistouri, amygdalotome or-

dinaire. Il est intéressant de le noter car on tend aujourd'hui à remettre le bistouri en vogue.

L'anse galvanique, qui prévient les hémorragies au cours de l'opération, expose aux hémorragies secondaires au moment de la chute des eschares. Le fait est plutôt rare. Néanmoins Brœckaert eut ainsi une hémorragie très grave sept jours après l'opération. Escat, Héryng ont aussi signalé des hémorragies secondaires précoces, si graves que la vie des malades paraissait en danger.

La pince de Ruault offre plus de sécurité. Il en est de même de l'amygdalotome écraseur de Vacher et de l'anse froide. Ces instruments réduisent progressivement le pédicule de l'amygdale, écrasant en quelque sorte les vaisseaux. Aussi la tunique interne de ces derniers se coupe la première et se recroqueville et lorsque la section est terminée, l'hémostase est faite ainsi spontanément. Vacher a enlevé souvent avec son anse froide les amygdales de malades âgés de plus de 40 ans et n'a jamais eu la moindre hémorragie sérieuse.

Malgré tout ce qu'on a pu dire, les *hémorragies graves, tenaces et persistantes sont relativement rares* et les statistiques sont tout à fait favorables. Il suffit d'ailleurs de songer un instant au nombre considérable d'amygdalectomies pratiquées dans les divers pays du monde pour être rassuré.

Quelles sont donc les causes de ces hémorragies ? Nous avons déjà vu que la technique opératoire pou-

vait y être pour quelque chose et nous avons rejeté les instruments tranchants. On a aussi incriminé un état spécial au malade : l'hémophilie, par exemple. Il est évident que si la maladie est reconnue à l'avance, on devra s'abstenir.

On devra tenir compte aussi de certaines affections cardiaques ou rénales, de l'artério-sclérose, de la coïncidence de l'opération avec les règles. On retardera l'intervention au moment d'une poussée inflammatoire aigüe ou même subaigüe. A ce moment, les vaisseaux des amygdales sont dilatés et alors, même chez les enfants, on pourrait avoir des hémorragies graves.

Chez *l'adulte, on n'emploiera jamais d'instrument* tranchant. Enfin, si le malade a déjà subi le traitement par l'ignipuncture, on se tiendra sur ses gardes, car alors l'amygdale est sclérosée et durcie par places et les vaisseaux peuvent rester béants.

A une époque, on parlait beaucoup de la blessure de la carotide interne. Nous avons vu au chapitre d'anatomie qu'il n'y avait pas lieu de la redouter.

D'après les recherches de Merkel, l'artère maxillaire externe pourrait être lésée dans des cas tout à fait exceptionnels ; il en serait de même de l'artère linguale, d'après Benne, et de l'artère pharyngienne ascendante, d'après Lefferts.

Ce sont surtout les anomalies de l'artère palatine ou de l'artère tonsillaire, qui sont signalés comme cause fréquente d'hémorragie. L'artère tonsillaire naît

de la palatine ascendante, rarement de la pharygienne ascendante. Au niveau de la capsule de lamygdale l'artère peut présenter deux dispositions :

*a*) Tantôt elle s'approche de l'amygdale et perfore la paroi fibreuse pour arriver, en ligne droite ou oblique dans les parenschyme ;

*b*) Tantôt elle s'approche de l'amygdale, dont elle ne perfore la capsule qu'après avoir décrit plusieurs anses. (Jonnesco et Charpy). Aussitôt après, le tronc s'éparpille en un faisceau d'artérioles peu importantes. C'est donc au dehors de l'amygdale que l'on court le risque de blesser quelque vaisseau important.

b) **Accidents infectieux.** — Ils sont surtout à redouter quand on n'a pas enlevé complètement l'amygdale. On voit alors le moignon devenir le point de départ d'une amygdalite aigüe pouvant être assez grave.

On a parfois observée que la plaie opératoire était la porte d'entrée de certaines maladies infectieuses telles que la scarlatine ou la rougeole. (A moins toutefois que l'opération n'ait eu lieu à la période d'incubation.) On s'abstiendra donc d'opérer au cours des épidémies de grippe, rougeole, scarlatine, diphtérie, érysipèle et coqueluche. Il est à remarquer cependant que le nombre d'observations où sont relatés les accidents infectieux est très restreints et l'on peut admettre que les complications graves sont tout à fait exceptionnelles.

c) **Inconvénients.** — Certains auteurs ont parlé des modifications de la voix qu'entraine l'ablation des amygdales. Roux affirme qu'elle fait perdre deux notes en haut dans la voix chantée. Mais Brœckaert, Vacher et d'autres n'ont jamais noté une diminution du registre élevé. Nous acceptons l'explication d'Escat : « Après l'amygdalotomie, il peut être nécessaire au chanteur de modifier son émission vocale et d'appuyer le son autrement qu'il ne le faisait, pour accorder le fonctionnement de sa glotte à la nouvelle cavité de résonnance. »

Toutefois, une parésie légère et transitoire du voile peut entrainer un changement de timbre passager qui ne doit en rien alarmer l'entourage. Il suffit d'ailleurs qu'il soit prévenu, pour qu'il attende avec confiance le retour à l'état normal.

## CHAPITRE VI

### I. — Etude des divers procédés d'ablation des amygdales.

Nous avons démontré au cours des chapitres précédents, l'utilité de l'ablation totale des amygdales ; quel procédé allons-nous choisir maintenant ? Ils sont très nombreux et nous croyons utile de les énumérer et de les étudier brièvement, avant d'exposer celui qui nous paraît le meilleur.

**Ablation au bistouri.** — L'idée la plus simple qui puisse venir à l'esprit était de se servir du bistouri. C'est ce procédé que décrivent Gosselin et Denonvilliers dans le « Compendium de chirurgie pratique ». L'amygdale, attirée hors de sa loge, est sectionnée au ras des piliers. Récemment Jackson, Thomas, Vaughan et Lee Cohen l'ont remis en honneur. Ils lui trouvent l'avantage de permettre l'énu-

cléation totale de l'amygdale. Nous verrons qu'on peut arriver au même résultat avec l'anse froide, sans avoir à redouter les hémorragies si fréquentes avec le bistouri, de l'aveu même des chirurgiens américains. On a en outre reproché à cette méthode la production, dans plusieurs cas, des cicatrisations vicieuses, déterminant une voix nasonnée et des douleurs de pharynx très rebelles. Elle est enfin peu pratique car l'opération s'effectue avec les plus grandes difficultés au milieu d'une hémorragie profuse.

**Discision**. (Moritz Schmidt). — Cette opération a surtout été appliquée à l'amygdalite cryptique. Elle consiste à fendre à l'aide d'un crochet mousse ou pointu, cannelé ou tranchant le pont de tissu amygdalien qui sépare deux cryptes plus ou moins éloignées. On introduit la pointe dans une crypte et on la fait ressortir par une autre ; on rompt ensuite le pont de substance intermédiaire. L'hémorragie est presque toujours insignifiante, à moins que l'on n'ait affaire à des amygdales scléreuses, ou antérieurement traitées par l'ignipuncture. La discision n'est qu'un pis aller, car si l'on réduit le volume de l'amygdale (ce qui n'est d'ailleurs que passager), on laisse des débris infectés. Par conséquent on fait une bessogne parfaitement inutile. Mieux vaut recourir d'emblée à l'amydalectomie qui est bien plus rapide et surtout plus radicale.

**Ignipuncture**. — Elle se pratique avec un cautère galvano-caustique chauffé au rouge blanc et

au besoin avec la pointe fine et courbe du thermocautère ordinaire. Le nombre des séances varie d'après le volume des amygdales. Il faut en général 3 ou 4 séances, espacées de 3 ou 4 semaines avant d'obtenir une atrophie suffisante. Jadis très en vogue, l'ignipuncture est de plus en plus abandonnée. Escat en a montré les inconvénients dans son « Traité des maladies du pharynx».

1°) Un des premiers arguments contre l'ignipuncture est la durée du traitement. Nous avons vu qu'il fallait de nombreuses séances et qu'il était nécessaire qu'elles fussent très espacées D'ailleurs, à la suite de chacune d'elles, on observe une réaction inflammatoire avec dysphagie intense durant 3, 4, 5 jours. Pendant ce temps-là l'état général est affaibli et il peut se faire des infections secondaires.

2° On a fréquemment noté des récidives. Cela s'explique très bien, puisque fatalement il reste dans la profondeur quelques cryptes infectées.

3° On a vu se produire des périamygdalites et des otites suppurées dont la pathogénie est facile à concevoir. La rétraction du tissu. à la suite de la brûlure, enferme les cryptes infectées, qui n'ont pas atteintes, sous une épaisseur de tissu sclérosé. Les fusées purulentes, ne pouvant plus se faire hors de l'amygdale, la périamygdalite éclate et parfois l'otite purulente.

4° La sclérose qu'entraine l'ignipuncture produit une modification de la voix. Il en est d'ailleurs de

même des cicatrices vicieuses consécutives à l'opération.

5° Enfin, et cet argument n'est pas à dédaigner : l'ignipuncture rend souvent l'amygdalotomie impossible à cause des adhérences et des déformations qu'elle entraîne.

**Amygdalotripsie.** — Cette méthode a été imaginée par Ruault. Elle consiste à broyer la masse tonsillaire à l'aide d'une pince puissante à double levier, à mors pleins et cannelés. Elle ne s'est pas vulgarisée.

**Enucléation digitale de l'amygdale.** (Mathews). — On décolle l'amygdale avec l'index ; cette opération, d'après Mathews, demande au plus deux minutes, il n'a eu qu'une série de succès dans plusieurs centaines de cas.

Il opère ses malades couchés et les endort à l'éther. L'index est introduit dans la bouche et commence à décoller l'amygdale en avant, la face palmaire tournée vers le pilier antérieur, puis en dehors, puis en arrière. Le pôle supérieur de la glande est enfin détaché, de façon à pouvoir la faire basculer de haut en bas. Lorsqu'elle ne tient plus ainsi à la paroi que par un lambeau inférieur, on déchire ce lambeau avec le doigt ou on le sectionne à l'amygdalotome.

Mathews dit encore que cette méthode est radicale, les examens ont montré que la glande est enlevé avec

sa capsule ; elle est bénigne et n'a jamais produit ni hémorragies, ni accidents inflammatoires. Enfin elle est universelle et s'applique à toutes les formes d'amygdales palatines ou irrégulières ou friables ou même enchâtonnées.

Cette méthode est encore trop récente pour qu'on puisse la juger et la comparer aux anciennes. Il semble, quuoiqu'en dise son auteur, qu'elle doive offrir de grandes difficultés opératoires et ne s'appliquer qu'à un certain nombre de cas.

**Morcellement.** — (Méthode de Ruault.) On évide la loge amygdalienne à l'aide d'une pince emporte-pièce, à mors non tranchants. Les hémorragies sont évitées par l'écrasement des artères. On fait des prises successives dans le tissu amygdalien et l'on coupe. Mais il est difficile d'évider ainsi complètement la loge. Il faut d'ailleurs plusieurs numéros de pinces, car pour bien conduire l'opération on doit se servir d'instruments de plus en plus petits afin d'aller dans tous les recoins de la loge. L'opération ne peut pas toujours se pratiquer en une seule séance : il faut en effet faire plusieurs prises successives pour atteindre l'amygdale dans la profondeur, on est forcément gêné par l'hémorragie qui se renouvelle à chaque section. Parfois le sang gêne tellement l'opérateur, qu'il ne peut terminer le morcellement dès la première intervention. Cela est fâcheux pour l'opéré qui est obligé de subir deux traumatismes et pour le chirurgien qu'on peut accuser d'inhabileté ou d'imprévoyance.

**Ablation à l'amygdalotome.** — L'amygdalotome le plus pratique est celui de Fahnestock, dont Mathieu a construit un modèle très ingénieux. Il ne s'applique guère qu'aux amygdales pédiculées. L'opération se fait en 3 temps.

1° Engagement de l'amygdale dans l'anneau, en appuyant le plus possible contre la paroi pharyngée latérale.

2° Embrochement de l'amygdale par la petite fourche, qui par un mouvement de levier attire l'amygdale hors des pilliers.

3° A ce moment seulement l'anneau tranchant se déclanche et vient guillotiner en quelque sorte toute la portion de l'amygdale engagée.

Ce procédé, que l'on peut exécuter d'une seule main est facile et rapide, mais il présente des inconvénients sérieux :

1° Il ne sectionne qu'une partie de l'amygdale même pour les amygdales pédiculées.

2° Il risque de blesser le pilier antérieur qui est le plus souvent embroché par la petite fourche, de là résultent des douleurs persistantes, de la dysphagie et quelquefois même des troubles de la phonation. Si l'on veut, en effet, éviter les troubles du côté de la voix, il faut avoir soin de respecter l'intégrité des piliers antérieurs.

3° Il expose aux hémorragies, car la section est aussi nette que celle faite au bistouri. *Il ne convient*

*donc qu'aux enfants et doit être absolument proscrit pour les adultes.*

4° Dans les cas d'amygdales infectées il ne met pas à l'abri de poussées ultérieures d'amygdalite ou d'engorgement ganglionnaire *puisqu'il laisse toute la partie enchâtonnée.*

**Electrotomie ou anse chaude.** — L'amygdale est saisie par une anse d'acier dans laquelle on fait passer un courant électrique. Le fil porté au rouge sombre pratique en même temps la section et l'hémostase. Ce procédé est bien décrit dans la « Technique d'oto-rhino-laryngologie » d'Escat, 1911 :

« Les instruments et appareils nécessaires à l'électromie sont :

1° Un courant de 10 à 12 ampères au minimum fourni par une batterie d'accumulateurs ou bien par un transformateur activé par le courant urbain.

2° Un rhéostat pour régler l'intensité du courant.

3° Un manche électro-cautère à chariot.

4° Deux guide-anses dont les 2 canons sont bien isolés jusqu'à leur extrémité.

5° Du fil d'acier (corde de piano n° 7 ou 8).

6° Une pince à griffes à amygdales, une pince de Museux ou mieux une pince de Vacher.

La technique est très simple : l'amygdale ayant été engagée dans l'anse jusqu'à sa base avec ou sans le secours de la pince, le chariot est tiré à fond, dès qu'il

est arrêté dans sa course et alors seulement, l'opérateur appuie sur la gâchette de l'électro-cautère, pour donner le courant et continue à tirer sur le chariot pour achever la section qui est complète en 5 ou 10 secondes. »

Il se forme à la suite de l'opération une eschare blanchâtre, qui ressemble un peu à une fausse membrane. On doit en prévenir la famille afin qu'elle ne soit pas effrayée et qu'elle ne croie pas à une angine diphtérique. Cette eschare s'accompagne assez souvent d'une réaction inflammatoire donnant lieu à une dysphagie intense. La luette s'œdématie, les piliers s'enflamment.

Comme nous l'avons déjà dit, on observe quelquefois des hémorragies secondaires à la chute des eschares.

Ce procédé nécessite une installation électrique ou des accumulateurs bien chargés, avec un rhéostat très bien gradué de façon à avoir une anse suffisamment chaude au moment de la prise de l'amygdale et pas trop au moment de la section, quand ses dimensions se réduisent. Il est nécessaire en outre d'avoir un guide-anse *très bien construit* afin d'éviter les courts circuits ; malgré tout ils se produisent fréquemment et gênent considérablement l'opération.

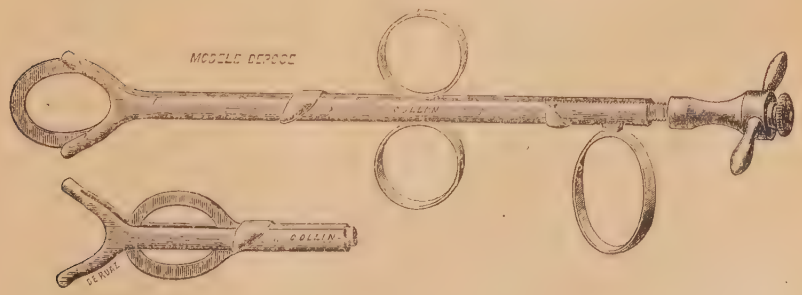
Aussi tous ces inconvénients rendent peu pratique ce procédé théoriquement idéal. Nous lui préférons de beaucoup l'anse froide qui remplit les mêmes conditions sans donner les mêmes ennuis.

**Ablation à l'amygdalotome écraseur ou anse froide rigide.** — Cette opération se pratique à l'aide de l'instrument imaginé par Vacher (d'Orléans). L'engagement de l'amygdale dans l'anneau est obtenu à l'aide de la pince spéciale de Vacher ou de Saint-Germain, comme dans le procédé à l'anse froide que nous décrirons longuement plus loin. On serre l'amygdale entre les deux anneaux dont aucun n'est tranchant et la section se fait d'autant plus lentement que le sujet est le plus âgé. Il n'y a pas à craindre d'hémorragies.

Pour les praticiens qui n'ont pas grand outillage chirurgical, l'amygdalotome-écraseur remplace avantageusement l'amygdalotome ordinaire dont il n'a aucun des inconvénients.

## II. — L'anse froide et la technique du Dr Vacher (d'Orléans)

L'anse froide est instituée par un fil d'acier de 5, 6 ou 7 dixièmes de millimètre de diamètre (le plus pratique est celui de 6/10 de $^{m}/_{m}$ et par un serre-nœud robuste.

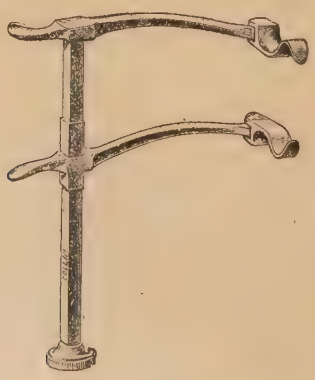


Celui de Vacher se compose d'un manche résistant, sur lequel glisse une coulisse munie de deux anneaux pour les doigts, d'une vis très forte pour serrer les fils d'acier entre deux machoires cannelées lorsqu'on a déterminé la grandeur de l'anse. Au-dessous une vis de rappel en forme de volant, serre progressivement l'anse jusqu'à section complète.

Le tube guide-anse a son extrémité en forme de petit entonnoir aplati, ce qui permet à l'anse de s'y loger complètement après la section amygdalienne, sans se déformer ou se rompre. Après chaque ablation, on peut facilement la ressortir du tube, lui redonner une courbe convenable et au besoin s'en resservir pour l'autre amygdale.

Les *instruments nécessaires* sont : un ouvre-bouche, un abaisse-langue, des ciseaux ou des crochets pour libérer l'amygdale des piliers, la pince à mors mousses de Vacher, un ou mieux deux serre-nœuds du modèle Vacher.

1° L'ouvre-bouche de Vacher a le grand avantage



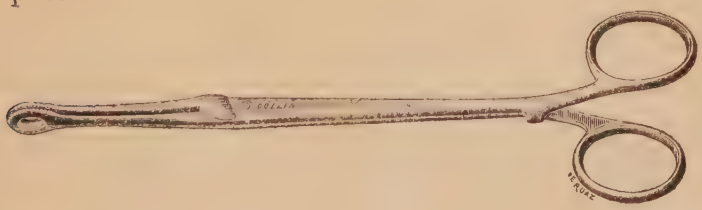
de se placer et de s'enlever d'une seule main. Pour

l'opération il sera ouvert à fond afin d'éviter sa chute, si le malade ouvre davantage la bouche pendant la narcose.

2° Un abaisse-langue ordinaire pour bien juger de la situation de l'amygdale.

3° Un petit bistouri coudé mousse à son extrémité ou le réseau plicotome de Vacher.

4° La pince à cuillers mousses de Vacher pour luxer l'amygdale hors de sa loge après sa libération des piliers.




**Opération.** — 1° Position du malade. — Chaque chirurgien a ses préférences, les uns font enrouler le sujet dans un grand drap qui lui fixe les

bras le long du corps, la tête est fortement maintenue par un aide en bonne position opératoire.

D'autres fixent le malade sur un fauteuil à l'aide de courroies.

A la clinique des Docteurs Vacher et Denis, on a adopté une méthode qui facilite beaucoup l'opération :

Le malade a les mains attachées *derrière le dos* avec une courroie passée au-dessus des poignets et qui ne serre que lorsque le sujet tire fortement pour se libérer.

La tête est fixée à la calotte métallique du fauteuil opératoire par une bande de toile qui la maintient solidement, le tronc et les jambes sont de même maintenus par des courroies. On a soin de placer ces dernières de façon à ne pas gêner les mouvements respiratoires. Comme le fauteuil oto-rhinologique de Vacher permet tous les mouvements d'élévation, d'inclinaison, de renversement, il est facile d'immobiliser le futur opéré dans la position la plus convenable. L'opérateur se place bien en face de lui avec tous ses instruments à portée.

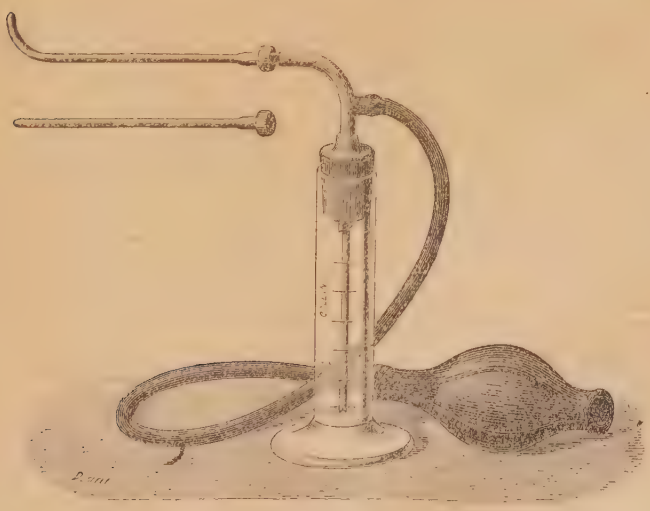
2° Anesthésie. — On peut employer l'anesthésie locale, l'anesthésie régionale ou l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle.

*L'anesthésie locale*, pour être suffisante, nécessite des badigeonnages des amygdales à la cocaïne, la stovaïne ou la novocaïne, ainsi que des injections dans les piliers et dans le tissu amygdalien.

Il faut se garder d'employer l'adrénaline si l'on ne veut pas s'exposer à des hémorragies tardives. Il vaut mieux employer, la stovaïne ou la novocaïne qui exposent moins que la cocaïne aux hémorragies dans les 3 ou 4 heures qui suivent l'opération.

L'anesthésie régionale (méthode de Sicard), n'est pas à la portée de tous les opérateurs, car elle nécessite une connaissance parfaite de l'anatomie de la région et une grande habitude des injections anesthésiques. Elle est très rarement employée pour toutes ces raisons, sans cela ce serait la méthode de choix.

*L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle*, quand elle est bien conduite, donne toute satisfaction, sur-



tout si l'on opère rapidement, c'est-à-dire si l'on sait mettre rapidement en place l'anse, dont le serrage

doit au contraire être fait lentement. Si pendant la section, le réveil se produit, on peut sans inconvénient redonner une petite dose de chlorure, pendant que l'on continue à serrer l'anse progressivement.

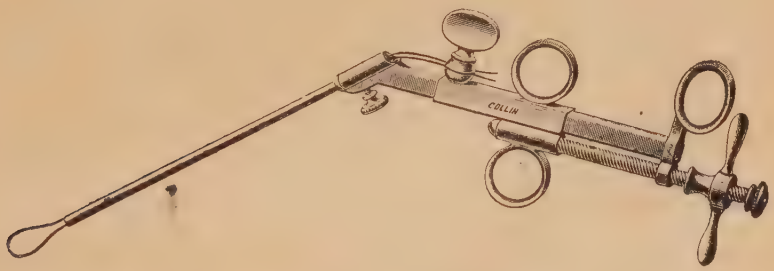
3° Manuel opératoire. — 1° *Mise en place de l'ouvre-bouche de Vacher.* — Il doit être largement ouvert, car le patient, qui n'est pas encore endormi, ouvre rarement la bouche au maximun, l'ouvre-bouche lâche pendant le sommeil anesthésique, parce que les mâchoires n'ont pas été suffisamment écartées dès le début. Du reste, avant de commencer à saisir l'amygdale, il est toujours préférable de vérifier si l'ouvre-bouche est bien assez ouvert.

On donne alors du chlorure d'éthyle.

2° *Prise des amygdales.* — L'opérateur, dès que l'anesthésie est obtenue, passe la pince à cuillers mousses de Vacher à travers l'anse et la porte toute fermée contre l'amygdale. Il ouvre alors la pince de *haut en bas* entre les piliers, afin de saisir l'amygdale en bonne place vers son pôle supérieur. Il l'enfonce aussi profondément que possible dans le tissu de la glande et serre fortement les mors jusqu'à ce qu'ils soient maintenus dans cette position par le cran d'arrêt. En ouvrant ainsi la pince on ne court pas le risque de prendre en même temps les piliers.

En tirant assez fort sur la pince, on juge des adhérences de l'amygdale, on les sectionne s'il y a lieu, avec le bistouri coudé mousse à son extrémité, ou le plicotome de Vacher, ou la faux de Ruault. On a soin

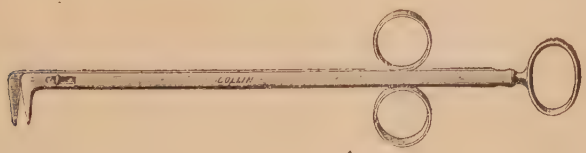
de ne couper qu'en tissu amygdalien, afin d'éviter les hémorragies. L'amygdale ainsi libérée est luxée hors de sa loge. A ce moment, on porte l'anse contre les piliers tout en continuant à luxer l'amygdale ; on *s'assure que la luette est libre*, et l'on continue à pousser l'anse fortement au dehors. Lorsqu'on voit que l'amygdale est bien en place, on serre rapidement la vis folle pour la maintenir saisie à son hile. Le manche du serre-nœud est alors abandonné le




long de la commissure buccale du malade, ainsi que la pince qui tient l'amygdale.

On répète exactement les mêmes temps pour l'autre amygdale et l'on a ainsi les deux anses en place.

3° *Section de l'amygdale.* — On doit serrer très lentement et par intermittences afin d'obtenir l'écrase-




ment des vaisseaux. L'on peut, au besoin serrer un peu l'anse droite, puis celle de gauche et ainsi alter-

nativement. La section est d'autant plus lente que le sujet est plus âgé. Vacher met de 2 à 5 minutes environ pour enlever une amygdale. La pince qui la tient empêche qu'elle ne soit déglutie après son ablation.

Le malade est ensuite laissé au repos et on lui donne à sucer quelques morceaux de glace.

**Modifications à ce procédé.** — Chez les jeunes sujets, il est avantageux de saisir les amygdales avant de pratiquer l'anesthésie générale, celle-ci dure ainsi à peine 2 ou 3 minutes.

Comme chez l'enfant, l'hémorragie n'est pas à redouter, on pourra employer la cocaïne. On fait d'abord une légère pulvérisation dans le pharynx, on badigeonne ensuite les piliers et les amygdales avec une solution au vingtième.

Dix minutes après environ, on place l'ouvre-bouche, on saisit l'amygdale, on la libère des piliers et on l'enserre dans l'anse. Cette première partie de l'opération qui est de beaucoup la plus difficile se trouve ainsi très simplifiée.

Dès que l'anse ou les anses sont serrées, on donne un peu de chlorure d'éthyle et l'on pratique la section des amygdales.

Mais, nous le répétons, ce badigeonnage des amygdales CHEZ L'ADULTE aurait l'inconvénient, d'amener, après la section, une perte de sang plus abondante et d'exposer à de véritables hémorragies 2 ou 3 heures après l'exérèse, lorsque l'action de la cocaïne

aurait pris fin. Si on agit de cette manière, il faut que l'opéré reste à la disposition du chirurgien pendant 4 heures au moins.

**Accidents opératoires.** — 1° Prise incomplète de l'amygdale. — Si l'anse n'a pas été placée assez loin, on ne sectionne qu'une partie de l'organe, il faut de suite recommencer en ayant soin de libérer plus profondément et de faire une section très lente.

2° La luette chez les petits enfants peut être saisie dans l'anse et sectionnée. Pour éviter cet accident qui n'a du reste aucune conséquence sérieuse, il faut toujours s'assurer, avant de serrer l'anse, que la luette est libre.

3° Blessure des piliers antérieurs. — Si la libération est mal faite, si le bistouri coudé ne reste pas toujours *en tissu amygdalien* on s'expose à avoir une hémorragie par suite de la section d'une petite artère du pilier. Il est donc très important de se conformer à la technique décrite et de manœuvrer prudemment l'instrument qui doit rompre les adhérences.

4° Hémorragies. — Jamais, à la clinique des Docteurs Vacher et Denis, il n'y a eu d'hémorragies sérieuses.

Il arrive cependant à de rares intervalles, toujours chez les adultes, qu'une petite artériole, profondément située dans la loge, donne un peu de sang. Le

moyen préférable pour faire cesser cette petite hémorragie, est le tamponnement avec un gros tampon de ouate légèrement imbibé d'eau oxygénée.

Ce tampon est porté au fond de la loge avec la pince qui sert à luxer l'amygdale et on laisse le tout en place pendant 1/2 heure environ. Un aide maintient la pince ou plus simplement le malade lui-même, qui assis devant une table, penche sa tête en avant et la laisse reposer sur la pince elle-même.

Si l'on aperçoit le petit jet artériel il est encore plus simple de saisir l'artère avec une pince hémostatique à long manche que l'on laisse pendre le long de la commissure buccale.

**Avantages de l'anse froide.** — Le grand avantage de l'anse froide et de s'appliquer à toutes les *formes d'amygdales, qu'elles soient petites ou volumineuses, pédiculées ou profondément enchâtonnées.* Pour cela il faut se conformer rigoureusement à la technique que nous avons décrite. Si l'on a affaire à une amygdale enchâtonnée, on placera profondément la pince en tissu amygdalien, comme nous l'avons dit, on libèrera soigneusement les adhérences et alors la simple traction luxera complètement l'amygdale hors de sa loge et l'anse se placera aussi facilement que sur une amygdale pédiculée.

De plus ce temps de luxation de l'amygdale permet de faire une *exérèse totale* et nous avons vu que cela était indispensable.

Les *hémorragies ne sont pas à redouter*, car l'écrasement lent des vaisseaux produit le recroquevillement de leur tunique interne qui se sectionne la première.

L'anse chaude seule pourrait être comparée à l'anse froide. Mais nous avons vu qu'elle nécessitait une installation compliquée et qu'elle était souvent suivie de réactions douloureuses et fébriles. Pour s'en convaincre, Vacher a souvent enlevé sur le même sujet une amygdale à l'anse chaude et l'autre à l'anse froide sans le prévenir. Les jours suivants il notait ce qu'il observait sur la marche des deux cicatrisations et toujours il a constaté moins de douleur, de gonflement et de dysphagie et une cicatrisation beaucoup plus rapide du côté sectionné à l'anse froide.

*Donc, l'anse froide a tous les avantages de l'anse chaude sans en avoir les inconvénients. C'est pour nous, actuellement, le meilleur procédé qu'il soit pour l'exérèse totale des amygdales.*

## OBSERVATIONS

### se rapportant à l'exérèse par l'anse froide

*Prises à la clinique des Dr Vacher et Denis*

1. *Sœur M. A. 25 ans.*

Diagnostic : petites amygdales enchâtonnées et infectées.

Depuis le mois d'août 1908, nombreuses amygdalites. Douleur et gêne permanentes. Mauvais état général. Angines tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Fatigue pour parler. Voix voilée et parfois aphonie presque complète.

Nombreux traitements pendant deux ans. Gargarismes, fumigations, badigeonnages révulsifs au cou. Puis discision des cryptes et cautérisation à la teinture d'iode. Après la discision, amélioration pendant quelques semaines puis retour offensif.

Au mois d'octobre 1910, le Dr Vacher fait à l'anse froide de l'exérèse totale des deux amygdales enchâtonnées. Il trouve des traînées purulentes jusque dans les parties les plus profondes, au voisinage même du hile,

Les suites sont très heureuses, la voix revient quelques jours après. Depuis 4 mois la malade n'a plus de maux de gorges et l'état général s'est bien amélioré.

2. *Enfant V. M. 3 ans 1/2.*

Diagnostic : Hypertrophie des amygdales, maux de gorge fréquents, bronchites.

Le 11 septembre 1909, ablation à l'anse froide rigide. Suites opératoires parfaites. En quelques semaines la santé de l'enfant est modifiée.

3. *Mlle L. G. 16 ans 1/2.*

Diagnostic : Hypertrophie des amygdales, cryptes infectée, laryngite (aphonie), faiblesse générale.

Le 1er octobre 1909, ablation à l'amygdalatome écraseur. Suites excellentes.

La malade est revue 6 mois après, l'état général est très amélioré.

4. *M. P. Ch., 12 ans.*

Diagnostic : Otorrhée droite. Hypertrophie des amygdales, cryptes infectées, végétations, fièvre.

Le 27 septembre 1909, ablation des amygdales avec l'anse froide, ablation des végétations (technique Vacher).

Suites normales. Amélioration de l'état général. Diminution de l'otorrhée.

5. *Mme H. M., 29 ans.*

Diagnostic : Amygdales volumineuses enchâtonnées et infectées, tranées adénoïdiennes. Amygdalites à répétition.

Le 14 septembre 1909, ablation à l'anse froide. Suites normales. Résultat ultérieur très satisfaisant.

6. *Mlle Ch. M., 14 ans 1/2.*

Hypertrophie des amygdales avec cryptes infectées, rhinite à bascule, bronchites fréquentes.

Le 27 octobre 1909, exérèse à l'anse froide. Suites opératoires normales. Plus de bronchites 6 mois après.

7. *M. S. D., 41 ans.*

Laryngo-pharyngite. Hypertrophie des amygdales avec cryptes infectées. Amygdalites à répétition.

Le 2 février 1909, ablation à l'anse froide. Suites normales pas la *moindre hémorragie*. Revue le 2 juin 1909, le malade se déclare enchanté de l'opération, sa santé est meilleure, il n'a plus de maux de gorge.

8. *Mme B. D., 38 ans.*

Amygdales enchâtonnées farcies de pus. Accès de fièvre fréquents, mauvais état général, entéro-colite.

Le 13 mai 1909 ablation à l'anse froide.

Suites normales. Relèvement rapide de la santé.

9. *M. B. P. F., 20 ans.*

Amygdales volumineuses infectées, végétations adénoïdes, queues de cornet, insuffisance nasale, rhinites fréquentes. Accès de fièvre.

Le 23 mars 1909 ablation des amygdales à l'anse froide. Suites normales.

Le 16 septembre 1909 ablation des végétations.

Amélioration rapide de la santé générale.

10. *H. B., 48 ans.*

Amygdales infectées. Pharyngo laryngites à répétition avec enrouement et parfois aphonie.

Le 15 juillet 1909 ablation très lente à l'anse froide, pas d'hémorragie. Suites opératoires très bonnes, amélioration rapide, plus d'enrouement.

11. *Mlle L. F., 27 ans.*

Amygdales infectées, haleine mauvaise, troubles gastriques.

Le 2 juin 1909 ablation à l'anse froide. Les troubles gastriques disparaissent.

12. *Mme C. M., 64 ans.*

Amygdales très volumineuses. Amygdalites fréquentes, fièvre, toux laryngée au moindre rhume. Rien aux poumons.

Opération en 2 temps le 8 juillet 1909 libération des piliers après badigeonnage à la cocaïne.

Le 9 juillet 1909 ablation à l'anse froide sans la moindre hémorragie. Suites excellentes, santé ultérieure bien améliorée.

Nous pourrions citer un grand nombre d'observations mais elles se ressemblent toutes, ce qui fait qu'elles ne présentent pas beaucoup d'intérêt. En somme, à la clinique des docteurs Vacher et Denis, il a été pratiqué plus de 300 opérations en 1909, autant en 1910 ce qui fait donc environ 1.200 amygdales enlevées à l'anse froide ou à l'amygdalotome écraseur. L'enfant le plus jeune avait 4 mois, le volume de ses amygdales produisaient des trou-

bles du côté de la respiration et de la déglutition. A 18 mois on trouve un plus grand nombre d'opérations. Elles sont pratiquées pour des amygdales très volumineuses qui gênent la respiration. Mais le maximum d'excrèses est pratiqué des 6 à 16 ans et très souvent la présence de traînées adénoïdes complique la situation. On note alors fréquemment la toux amygdalienne, les maux de gorge fréquents, l'enrouement à la fin de la journée. Les résultats obtenus ont toujours été satisfaisants, 4 ou 5 fois seulement on a dû intervenir de nouveau quelque temps après la 1re opération parce que les amygdales avaient été mal prises, et par suite enlevées incomplètement. Dans les autres cas on n'a pas observé de récidives. On a enlevé des amygdales à plusieurs malades âgés de plus de 40 ans et l'on n'a jamais eu d'hémorragies sérieuses.

Cette statistique mieux que toutes les observations montre l'excellence du procédé d'excrèse des amygdales à l'anse froide.

# CONCLUSIONS

1° Les amygdales palatines sont des organes lymphoïdes.

2° Elles concourent très vraisemblablement à la défense de l'organisme comme tout l'anneau de Waldeyer. Leur physiologie spéciale n'a pas encore été précisée. Il est cependant peu probable qu'elles aient une sécrétion interne utile à l'organisme. En tout cas, leur ablation totale n'a jamais été suivie d'accidents généraux de quelque durée.

3° Elles succombent fréquemment dans leur lutte contre l'infection ; elles se transforment alors en foyers dangereux pour l'organisme, occasionnant des amygdalites à répétion, des troubles auriculaires, des abcès périamygdaliens. Parfois même elles infectent tout l'organisme.

4° Il est aujourd'hui démontré qu'elles peuvent être la porte d'entrée du bacille de Koch, soit que ce

dernier passe à travers elles sans laisser de traces, comme il le fait pour l'intestin, soit qu'il se cantonne tout au fond des cryptes et qu'il occasionne alors des adénites chroniques du cou.

5° Ce sont surtout les petites amygdales enchâtonnées qui sont parfois tuberculeuses.

6° Il est aussi admis par tout le monde que les bacilles du rhumatisme articulaire aigu envahissent l'organisme par les amygdales. On a d'ailleurs vu fréquemment les douleurs articulaires diparaître après leur exérèse.

7° Les amygdales infectées doivent être enlevées TOTALEMENT. Sans cela, le moignon qui reste contenant des bacilles dans le fond de ses cryptes, on voit se reproduire rapidement les troubles qui avaient déjà nécessité une première intervention.

8° L'anse froide permet avec une technique spéciale, celle de Vacher (d'Orléans) en particulier, une exérèse rapide et totale. C'est, croyons-nous, le meilleur procédé pour l'ablation complète des amygdales même les plus enchâtonnées.

---

Vu : *Le Président de thèse*,
RECLUS.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
*Le vice-recteur de l'Académie de Paris*,
L. LIARD.

# BIBLIOGRAPHIE


ADLER. — Infection générale par voie amygdalienne (associat. med. de New-York, 20 novembre 1905).

BARTH. — Physiologie des amygdales. Indications à leur ablation, (Société de médecine interne de Berlin 21 octobre 1907.)

BERGERON (de Chicago). — Indications concernant l'excrèse des amygdales palatines et leur technique. (Associat. des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Juin 1906.

BRŒCKAERT. — Hémorragie tardive à la suite de l'amygdalotomie. (Belgique médicale volume I, n° 20).

Les phlegmons du cou. (Rapport à la société belge d'oto-rhino-laryngo. 1908.)

Avantages, inconvénients et dangers de l'ablation des amygdales palatines. (Rapport à la société belge d'oto, de rhino et de laryngologie 1910).

Berest. — Thèse de Paris 1901.

Brown. — The laryngascope n° 2 février 1905.

Busquet. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux 1904.

Constantin. — Thèse de Toulouse 1905.

Chauveau. — Arch. intern. de laryngo. XVI°, n° 1.

Dandois. — Etude sur la pathologie et la thérapeutique des amygdales palatines. (Revue médicale de Louvain, 30 janvier 1909).

Debains. — Contribution à l'étude des infections veineuses d'origine amygdalienne (Thère de Paris 1903).

Escat. — Traité des maladies du pharynx. Technique oto-rhino-laryngologique, 2e édition 1911.

Frémont. — Morcellement des amygdales. (Thèse de Paris 1897).

Higguet. — Fonctions et utilité de l'amygdale palatine, (Rapport à la société belge d'oto, de laryngo et de rhinologie 1910).

Hope (New-York). — L'amygdalotonnie base du traitement des affections tonsillaires. (Archives internes de laryngologie 1905).

Labouré (d'Amiens). — Indications et technique de l'amygdalectonnie totale (Gazette des hôpitaux, 1909, n° 23),

LANCE. — Quand et comment faut-il enlever les amygdales (Gazette des hôpitaux 1910, n° 37 et 38).

LAURENS G. — Quand le praticien doit-il conseiller l'ablation des amygdales, (La Clinique 6 décembre 1907).

L'amygdolotonnie à l'usage des praticiens, (La clinique 13 mars 1908).

MATHEWS (New-York). — Finger enulcation of the tonsils. (Annals of surgery t. XLVIII, 1908 pages 883-889).

NOQUET. — Bulletin médical du Nord 1879.

PACKARD. — Researches on infection by the Tonsils. (Med. Record 13 décembre 1899).

RAUGÉ (Paul). — Procédés anciens es nouveaux d'amygdalotomie. (XXI[e] Congrès de l'associat. française de chirurgie. Paris 1909).

SAINT GERMAIN (De). — Thèse de Paris 1893.

TÉTROP (d'Anvers). — Les méfaits des amygdales enchâtonnées chez l'adulte. (Congrès français d'oto-rhino-laryngologie 10 mai 1909).

VACHER. — Insuffisance nasale (Presse médicale 1905 n° 94).

Du procédé le plus pratique pour enlever totalement les amygdales enchâtonnées. (Congrès de la société française d'oto-rhino-laryngologie de 1904).

Avantages de l'ablation totale des amygdales à l'anse froide. (Congrès français de chirurgie, 19[e] session Paris 1906).

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRI
26 — *Rue Monsieur-le-Prince* — 26
PARIS (VI^e^)